

STERBE-GEDANKEN IM ALTER: DER DISKURS MUSS KOMMEN

Dass alte und kranke Menschen nicht selten den Wunsch zu sterben haben, belegen nicht allein persönliche Erfahrungen und Begegnungen, sondern dies wird auch vor allem von sozialwissenschaftlicher Seite bestätigt. In der breiten Öffentlichkeit aber wird dieses Thema noch weitgehend ausgeklammert, und auch über Suizide im Alter wird kaum gesprochen. Das wird sich angesichts des demografischen Wandels ändern, ein gesellschaftlicher, allen zugänglicher Diskurs-Raum muss geschaffen werden – doch (möglichst) jenseits von Sterbehilfe und EXIT-Debatten.

Keywords: Alterssuizid, EXIT-Debatten, Sterbe-Gedanken, Freitod, Sterbehilfe, Sterbewunsch

Corina Caduff

Es war zu Beginn der 1990er Jahre, als ich meinen Grossvater zum zweitletzten Mal in einem Churer Pflegeheim besuchte – er war über 90 und lag dort im Bett, wochenlang, in düsterer Stimmung, aber ansprechbar, es war seine letzte Station. Bei diesem Besuch fragte er mich, ob ich ihm nicht etwas besorgen könnte, das seinem Leben ein Ende setzen würde. Seine Äusserung kam für mich völlig überraschend, wir hatten nie übers Sterben gesprochen, ich war gänzlich unvorbereitet, schockiert, wimmelte ab, «aber nein, wo denkst du hin», beschwichtigte und ging zu anderem über. Ich erzählte niemandem davon und fürchtete beim darauf folgenden Besuch, dass er wieder darauf zu sprechen käme. Dementsprechend trug ich aktiv dazu bei, jegliches Thema zu vermeiden, das darauf hätte zuführen können. Eine Weile später kam der Anruf von meiner Mutter. Mein Grossvater ist allein gestorben, in der Nacht – gestorben am Alter, gestorben vielleicht am Nicht-mehr-Leben-Wollen. Wie in den meisten vergleichbaren Fällen wurde die genaue Todesursache kaum abgeklärt.

2011 erfolgte der öffentlich gemachte Suizid von Gunter Sachs, der sich, 78-jährig, in seinem Haus in Gstaad erschoss und in einem Abschiedsbrief erklärte, dass er sich aufgrund «der ausweglosen Krankheit A.» zu diesem Schritt entschlossen habe, «der Verlust der geistigen Kontrolle über mein Leben wäre ein würdeloser Zustand, dem ich mich entschlossen habe, entschieden entgegenzutreten» (Sachs: 2011).¹ – Die Veröffentlichung des Briefes war ein Paukenschlag, mit dem nicht nur Alzheimer, sondern zugleich auch der Alterssuizid schlagartig ins Licht rückten.

In seinem neuen Buch *Das Leben nehmen* (2017) bespricht der Kulturwissenschaftler Thomas Macho eine Reihe weiterer Alterssuizide, darunter auch den Doppelselbstmord von langjährigen Paaren, die wegen Altersleiden gemeinsam aus dem Leben

scheiden, wie etwa der französische Philosoph André Gorz, der mit seiner schwerkranken Frau Dorine 2007 Selbstmord beging und die *Briefe an D. – Geschichte einer Liebe* hinterliess (2007, 8. Aufl. 2017) – «eine der schönsten Liebeserklärungen, die ich jemals gelesen habe» (Macho 2017: 413).

Der Freitod im Alter wird heute stets und rasch mit Sterbehilfe und EXIT-Debatten assoziiert. Der (Alters-) Wunsch zu sterben aber, den mein Grossvater gleichsam ins Leere hinein formulierte, hat bis heute noch kaum eine kulturelle Diskursprägung erfahren; zwar gibt es zunehmend Statistiken und vor allem sozialwissenschaftliche Fachartikel über Suizidalität im Alter, doch in der breiten Öffentlichkeit mangelt es an einem kontinuierlichen Gespräch über Sterbe-Gedanken im Alter. Das sollte und wird sich in Zukunft aufgrund der anstehenden demografischen Entwicklung ändern.

Alterssuizid heute

Fest steht bislang, dass Suizidhandlungen im Alter mit viel grösserer Ernsthaftigkeit als in jungen oder mittleren Jahren ausgeführt werden, d. h. es sind kaum mehr «Hilferufe», wie es bei jüngeren Menschen, die Suizidversuche begehen, vielfach der Fall ist. Fest steht auch, dass in westlichen Ländern über 65-jährige Personen, gemessen an ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung, übermässig oft Selbstmord begehen (vgl. Schaar und Schipper 2017). Mehrheitlich handelt es sich dabei um erstmalige suizidale Handlungen, was bekräftigt, dass diese in den spezifischen Altersleiden begründet liegen: eingeschränkte Mobilität, Einsamkeit, chronische Schmerzen, terminale Erkrankungen, Depressionen. Stets wird in diesem Zusammenhang auch auf die angenommene grosse Dunkelziffer hingewiesen: Tod z. B. durch Nahrungsverweigerung oder durch eine Überdosis an Medikamenten, bei denen niemand ein letztlisches Abklärungsinteresse hat – gestorben am Alter.

¹ Der Abschiedsbrief von Gunter Sachs. In: FAZ vom 8.5.2011. <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/menschen/wortlaut-der-abschiedsbrief-von-gunter-sachs-1637779.html>

Betagte Menschen ziehen sich tendenziell zurück – sie sprechen weniger, sie teilen sich weniger mit, tauschen sich weniger aus, äussern weniger Neugier, die soziale Diversität im Lebensalltag nimmt stark ab, was in vielen Fällen zur Isolation beiträgt. Das begünstigt suizidale Gedanken, und die sozialwissenschaftlichen Artikel halten denn auch stets sehr gewissenhaft und repetitiv fest, dass man die Prävention verstärken müsse, dass eine bessere Aufklärung nütze, dass man die Betagten auffordern solle, entsprechende Hilfseinrichtungen aufzusuchen (vgl. Löbig et al. 2015), und dass dabei künftig insbesondere den Hausärzten eine zentrale Rolle zukomme (Schaar und Schipper 2017: 178). Einmal mehr sollen diese es richten.

Was solche Analysekontexte heute je länger je deutlicher offenbaren, ist eine zentrale Leerstelle, nämlich ein fehlender öffentlicher Diskurs nicht zum Thema Sterbehilfe oder Alterssuizid, sondern, vorgelagert, ein Diskurs zu Sterbe-Gedanken im Alter, zu «nicht mehr leben wollen im Alter» / zu «sterben wollen im Alter». Wenn ein solcher Diskurs in der Welt wäre, könnten gerade auch Hausärzte von ihm profitieren; für die Leerstelle verantwortlich zu machen aber sind sie nicht.

Die Debatten über Sterbehilfe und assistierten Suizid sind zweifellos nötig und hilfreich. Im Vordergrund steht dabei das selbstbestimmte Sterben, verbunden mit einem starken individuellen Autonomiebegehren, das insbesondere die Nachkriegsgeneration prägt. Diese Debatten sind – natürlich – stark ethisch geprägt, schliesslich geht es ja um die Auslotung dessen, wie viel Verfügungskraft der einzelnen Person über ihr eigenes Sterben zugestanden wird und wie es dabei rechtlich für die assistierenden Personen aussieht.

Was für den künftigen Umgang mit Tod und Sterben nun dringend nützt, ist ein gesellschaftlicher und familiärer Diskurs- und Resonanzraum, in dem (Alters-)Sterbe-Gedanken *in allen möglichen Färbungen* versprachlicht und zur Debatte gebracht werden können, ohne dass dabei gleich Suizidalität assoziiert wird. Noch bietet sich für notleidende ältere Menschen kaum Raum, ein Sterbenwollen *einfach mal so* zu äussern. Noch fehlen aktive Diskursangebote in Alten- und Pflegeheimen; noch fehlen Kontexte, wo ältere Menschen in Ruhe über das Sterbenwollen oder überhaupt übers Sterben reden können, ohne dabei gleich in den Horizont der EXIT-Debatten zu treten. Ein solcher Raum könnte gerade auch für medizinethische Praktiken unmittelbare Auswirkungen haben.

Das Sprechen über den Sterbewunsch des Alters

Heike Gudat, ärztliche Leiterin des Hospiz im Park, Klinik für Palliative Care in Arlesheim, leitete im Rahmen des NFP 67 zum Lebensende das Teilprojekt «Sterbewünsche bei Menschen in schwerer

Krankheit». Dieses Projekt kann als ein Initial zu dem geforderten Diskursraum gesehen werden, und es ist wohl kennzeichnend, dass die entsprechende Initiative heute aus der Palliative Care kommt.² Die qualitative Interviewstudie zeigt, dass ältere Menschen, die zu ihren Sterbewünschen befragt wurden, einen eigenen, altersspezifischen Umgang mit Fragen zu Sterben und Tod haben. Die Frage galt dabei der Formation von Sterbewünschen: Wie entstehen sie, wie formen sie sich aus, was genau will jemand, der sterben möchte? Und was für eine Rolle spielen bestehende oder nicht bestehende Beziehungen? Die Studie gibt Einblick in die subjektive Erfahrung verschiedener Krankheits- und Sterbeverläufe; eine verbreitete Motivation des Sterbewunsches ist u. a. die Befürchtung, anderen nur noch zur Last zu fallen. Denkt man im Alter an Zukunft, werden Tod und Sterben mitgedacht, «es geht um den gedanklichen Prozess, um das sich Annähern oder sich Einlassen, also um einen gesunden, adaptiven Prozess» (Heike Gudat).³ Der Sterbewunsch ist dabei keineswegs linear und eindimensional, er geht vor und zurück, und er geht meist einher mit dem Wunsch zu leben.

Heute wird gern dazu aufgerufen, dass man dem Alterssuizid zu mehr Akzeptanz verhelfen müsse. Das Team von Gudat widerspricht hier klar: Solche Modelle, die «das Akzeptieren des Sterbens von vornherein zur Maxime erheben», gelte es wegen ihres normativen Anspruchs sehr kritisch zu reflektieren, weil sie diese Akzeptanz dann auch von Patienten erwarten.⁴ Die Studie selbst bringt denn auch deutlich zum Vorschein, «wie genau es Menschen mit ihrem Wunsch zu sterben nehmen, wenn ihnen der Raum gegeben wird, diesen über die blossen Äusserung hinaus auszuführen» (Christoph Rehmann-Sutter, CO-PI der Studie). Genau dieser Raum aber fehlt in der Regel, und es darf nicht nur ein individueller, innerfamiliärer oder pflegerischer Raum sein, sondern es muss ein gesellschaftlicher Diskurs-Raum sein, der allen zugänglich ist.

Diskurs der Zukunft

So wäre zu wünschen, dass künftig Alters- und Pflegeheime proaktiv entsprechende Diskussionen vermitteln, an denen auch Angehörige teilnehmen können, und dass solche Wünsche, denen nicht zwangsläufig eine Suizidalität einhergeht, auch im öffentlichen Diskurs und damit auch für Jüngere präsent sind. Das würde es zudem der Allgemeinmedizin erleichtern, auf geäusserte Lebensmüdigkeit einzugehen.

Dabei geht es nicht um Patientenverfügungen oder Vorsorgeaufträge oder dergleichen, mit denen man einen Pakt mit dem künftigen imaginierten

² <http://p3.snf.ch/project-145089>

³ E-Mail von Heike Gudat an Caduff, 5.11.2017.

⁴ http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/Lay%20summary%20final%20report_Gudat_def.pdf

Ich abschliesst, und es geht auch nicht darum, den Diskurs zum Alterssuizid und assistierten Suizid zurückzudrängen, sondern es geht darum, dass man Sterbe-Gedanken im Alter auch *experimentell* zur Sprache bringen kann, dass man sie versuchsweise ausgestalten und mitteilen kann und dabei eine zugewandte Resonanz erfährt, ohne dass dabei gleich die EXIT-Lampen aufleuchten.

Je deutlicher sich künftig auch das Lebensende als eigenständige Lebensphase mit entsprechenden Ängsten, Fragen, Leiden und Bedürfnissen etablieren wird, desto nötiger wird auch ein expliziter Umgang mit Sterbe-Gedanken an diesem Ende sein. Ältere Menschen sollen nicht mehr in Betten liegen und schamvolle Fragen an schamvolle Menschen stellen müssen.



Corina Caduff

Corina Caduff ist Literatur- und Kulturwissenschaftlerin, sie arbeitet an der Hochschule der Künste Bern und ist Vizerektorin Forschung Berner Fachhochschule BFH. Jüngste Veröffentlichung: *Wozu Vergänglichkeit? Elf Gespräche über Atome, Tod und schwarze Löcher* (2018).

Literatur

Vgl. Löbig, T. et al. (2015): *Suizid im hohen Lebensalter*. In: *Rechtsmedizin* 2015, 25, 274–280.

Macho, Thomas (2017): *Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne*. Berlin 2017, S. 413.

Rehmann-Sutter, Christoph (2017): *Der Wunsch zu sterben*. In: *Bundes-Hospiz-Anzeiger* 15/2, 2017, S. 7.

Schaar, Yannick und Marc Schipper (2017): *Suizid und Alter: Eine Bestandsaufnahme*. In: *Public-Health Forum* 2017, 25 (2): 177–179.